

Trabalho de Conclusão de Curso

Avaliação da Atenção em Saúde Bucal em Santa Catarina

Beatriz Serrato Coelho

Universidade Federal de Santa Catarina

Curso de Graduação em Odontologia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Beatriz Serrato Coelho

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE
SANTA CATARINA**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de
Santa Catarina, como
requisito para a conclusão
do Curso de Graduação
em Odontologia.

Orientador: Prof. Dra.
Josimari Telino de
Lacerda

Florianópolis

2012

Beatriz Serrato Coelho

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE SANTA CATARINA

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de outubro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Josimari Telino de Lacerda,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr.^a Claudia Flemming Colussi,
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por
cada segundo de dedicação
e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Secretaria Estadual de Saúde por ceder espaço e apoio a pesquisa. Igualmente a Camile e Moniky pela ajuda incansável com os telefonemas e e-mails no momento da coleta.

Agradeço também à Mirvaine, por dividir todo seu conhecimento de maneira tão paciente e gentil.

Aos meus colegas do NEPAS pela acolhida e ensinamentos compartilhados.

A Bruna, Juliana e Anna Paula, por dividirem comigo cada momento dos últimos anos.

A minha amiga, dupla e irmã de coração Francieli, que teve muita paciência, carinho e companheirismo em todos esses anos.

Ao meu namorado, Rodrigo, pelo apoio, companheirismo e carinho.

Aos meus pais e irmã, pelo exemplo, pelo apoio e amor.

E à minha orientadora, professora Josimari, pela oportunidade, pelo conhecimento divido e pela confiança depositada.

Muito obrigada!

RESUMO

A avaliação dos serviços de saúde é uma das funções da gestão e tem a finalidade de identificar pontos de fragilidade para aprimoramento e melhoria da qualidade. Desde 2003 o Ministério da Saúde induz ações de monitoramento e avaliação com ênfase na Atenção Básica. A saúde bucal integra os serviços da atenção básica e pouco tem sido objeto de avaliação. Objetivo: Avaliar a atenção em saúde bucal nos municípios catarinenses no exercício 2009. Metodologia: a proposta de avaliação fundamenta-se no modelo de avaliação da atenção básica desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa de Avaliação em Saúde - NEPAS-UFSC, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde SES-SC. O modelo foi adaptado para a saúde bucal e tem a finalidade de subsidiar os gestores municipais e estaduais na tomada de decisões. Apresenta duas dimensões avaliativas e 37 indicadores segundo os critérios de eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Participaram 264 municípios catarinenses. A coleta de dados foi realizada por meio de página eletrônica e nos sistemas oficiais de informação do SUS. A inconsistência de alguns dados e a precariedade de registro nas secretarias limitou o uso de algumas medidas. A emissão de juízo de valor da qualidade da atenção em saúde bucal se deu por agregação dos resultados dos indicadores em cada dimensão segundo porte populacional. Resultados: O desempenho dos municípios catarinenses na atenção à saúde bucal foi classificado como satisfatório em aproximadamente 27% do universo estudado. Os piores desempenhos foram identificados no grupo de indicadores do provimento da atenção a população adulta, idosa e adolescente. Houve melhoria do desempenho comparado a avaliação anterior. Conclusões: A institucionalização da avaliação pode contribuir para o aprimoramento do registro de informações e para a melhoria da qualidade dos serviços.

Palavras-chave: Avaliação, Gestão, Saúde Bucal.

ABSTRACT

The evaluation of health services is one of the functions of management and aims to identify points of weakness for improvement and quality improvement. Since 2003 the Ministry of Health leads the monitoring and evaluation with emphasis on primary care. Oral health is part of basic health care services and little has been subject to evaluation. Objective: evaluate the oral health care in the municipalities of Santa Catarina in the year 2009. Methodology: The proposed of evaluation is based on the evaluation model of primary care developed by the Center for Research on Health Evaluation - NEPAS-UFSC, in partnership with the Secretariat of State for Health SES-SC. The model was adapted for oral health and is intended to subsidize the municipal and state managers in making decisions. Presents two evaluative dimensions and 37 indicators according to the criteria of efficiency, effectiveness, responsiveness and relevance. Participated 264 municipalities of Santa Catarina. Data collection was conducted via website and official information systems of the SUS. The inconsistency of some data and scarcity of registration from the Department limited the use of some measures. The emission of value judgment of the quality of oral health care is given by aggregating the results of the indicators in each dimension according to their size population. Results: The performance of the municipalities in oral health care was rated as satisfactory in approximately 27% of the studied universe. The worst performers were identified in the group of indicators provision care to adults, elderly and adolescents. There was improvement in performance compared to previous evaluation. Conclusions: The institutionalization of evaluation can contribute to the improvement of the registry of information and to improve the quality of services.

Keywords: Evaluation, Management, Oral Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal
.....37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos municípios segundo os indicadores da dimensão Gestão da Saúde Bucal. Santa Catarina.	42
Tabela 2 - Distribuição dos municípios segundo os indicadores de Promoção e Prevenção da dimensão Provimento da Atenção em Saúde Bucal. Santa Catarina, 2009.	44
Tabela 3: Distribuição dos municípios segundo os indicadores de Diagnóstico e Tratamento da dimensão Provimento da Atenção em Saúde Bucal. Santa Catarina, 2009.	46
Tabela 4: Classificação dos municípios segundo dimensões da avaliação da atenção em saúde bucal. Santa Catarina, 2009.	47
Tabela 5: Cruzamento de dados segundo porte populacional, localização do município e avaliação anterior. Santa Catarina, 2009.	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de consultório dentário
CD – Cirurgião-dentista
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CES – Conferência Estadual de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESB – Equipe de saúde bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GSB – Gestão da Saúde Bucal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SC – Santa Catarina
SES-SC – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2. OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3. REVISÃO DE LITERATURA	29
4. METODOLOGIA	37
5. RESULTADOS	41
6. DISCUSSÃO	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXO A - Formulário de coleta de dados:	61
ANEXO B - Indicadores	66

1 INTRODUÇÃO

Na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, designou-se ao Estado a obrigação de garantir saúde a todos os cidadãos (Maio et al, 2009). A porta de entrada preferencial desse sistema, bem como ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde é a Atenção Básica (Colussi, 2010).

A atenção básica tem sido uma denominação adotada no país para designar uma abordagem que corresponderia ao que se chama na literatura internacional, de atenção primária de saúde (Brasil, 2003). O Ministério da Saúde define atenção básica como conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, bem como o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. O Ministério da Saúde ainda a descreve como forma de trabalho em equipe correspondente a populações de territórios bem definidos, a qual assume responsabilidade sanitária, desenvolvendo ações por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que devem solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, seguindo os princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2007).

Atualmente a Estratégia Saúde da Família se constitui importante pilar na organização e fortalecimento da Atenção Básica. Os primeiros municípios catarinenses a implantar a Estratégia da Saúde da Família foram: Ascurra, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages em 1995. A inclusão da odontologia na equipe de saúde da família iniciou-se em 2001 (Santa Catarina, 2007).

Dentro dos fundamentos da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação, está a realização de avaliações e acompanhamentos sistemáticos dos resultados alcançados (Brasil, 2007).

A avaliação consiste em um processo sistemático para aprofundar a compreensão sobre determinada intervenção social, por meio da elaboração e aplicação de critérios explícitos de investigação e análise,

com objetivo de conhecer e julgar o mérito, a relevância e a qualidade de processos e resultados (Brandão et al., 2005). Colussi (2010) destaca a definição de Contandrioupolos et. al (1997) de avaliação como julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Esse processo mostra-se importante para ajudar no planejamento e na elaboração de intervenções, fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer, determinar os efeitos da intervenção para decidir se esta será mantida, transformada ou interrompida e contribuir para o processo de conhecimento (Constandriopolus e cols.2002)

Teixeira (2006) afirma que os resultados de pesquisas avaliativas que apontam fragilidades políticas, debilidades organizacionais e lacunas no conhecimento acerca dos problemas apresentam-se em vários níveis e planos da realidade do SUS. À medida que forem utilizadas como referências, podem contribuir no processo de tomada de decisões, planejamento, programação e organização dos serviços. Dessa forma, incorpora-se a avaliação como dimensão da gestão dos sistemas e serviços.

Apesar da referida importância estratégica da avaliação para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, ainda não há uma cultura desta prática no Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação de políticas de avaliação é quase sempre permeada de certa resistência, geralmente associada ao receio de que as evidências produzidas e o conhecimento com as informações possam acarretar mudanças, aumento da cobrança e do volume de trabalho, punições ou perda de poder (Felisberto, 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil desenvolveu a partir de 2003 a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com o objetivo de institucionalizar a avaliação no âmbito da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, Chaves (1986) foi um dos primeiros a conceituar, classificar e propor a aplicação da avaliação da atenção odontológica (Colussi, 2010). Embora a avaliação em saúde bucal ainda seja incipiente nos serviços de saúde, a agregação de metodologias, a exploração dos sistemas de informação e a utilização de documentos de gestão podem contribuir no aprimoramento dessa prática (Lessa et al, 2010).

No estado de Santa Catarina, foi desenvolvido um modelo de avaliação da atenção básica em parceria técnico-científica da Secretaria

de Estado da Saúde (SES-SC) com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – representada pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS). Esta construção iniciou no ano de 2004, sendo um dos objetivos do Plano para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. O projeto possui continuidade através da elaboração de indicadores mais estáveis, melhoria das suas medidas e das formas de análise dos dados, além de proporcionar capacitação contínua de técnicos da SES-SC para o tema da avaliação.

Esta iniciativa de institucionalizar a avaliação da atenção básica no estado de Santa Catarina possibilitou ricas discussões teóricas, fortalecendo a integração ensino-serviço e contribuindo para a qualificação da gestão do sistema de saúde. Diante dos resultados positivos desta experiência ainda em curso, surgiu o interesse comum da SES-SC e NEPAS-UFSC em adaptar o modelo de avaliação da atenção básica para a área da saúde bucal. A aplicação do modelo de avaliação para saúde bucal foi realizada nos anos de 2007 e 2008, com análise dos dados referentes à atuação da gestão em 2006 e 2007, como produto de uma dissertação de mestrado e de uma tese de doutorado (Nickel, 2008; Colussi, 2010).

Nickel, Caetano e Calvo (2008) aplicaram o modelo de avaliação da atenção básica adaptado para a saúde bucal utilizando o critério de efetividade em 22 municípios catarinenses. Colussi (2010) aplicou o modelo avaliativo utilizando os quatro critérios - eficiência, eficácia, efetividade e relevância - em 207 municípios do estado de Santa Catarina. Os dois estudos concluíram que o modelo avaliativo é aplicável em municípios com diferentes portes populacionais e características do sistema de saúde, e possibilita diferentes análises dos dados e apresentação de juízos e valor, conforme a necessidade da gestão municipal. Colussi (2010) indicou a limitação de algumas medidas e indicadores e sugeriu estudos para mudanças e revisão dos mesmos.

Em 2011 realizou-se um estudo para revisar e aprimorar a matriz avaliativa elaborada por Colussi (2010), adotando metodologia participativa de oficinas de consenso entre especialistas, vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Alguns dos indicadores utilizados no primeiro estudo e apontados como problemas na coleta foram modificados.

Posteriormente, esse modelo foi aplicado em municípios catarinenses (Lacerda, Coelho, 2011).

Utilizando o modelo de avaliação desenvolvido por Colussi (2010) e adaptado por Lacerda, Coelho (2011), este trabalho teve como objetivo avaliar a atenção em saúde bucal nos municípios catarinenses no ano de 2009.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a atenção em saúde bucal nos municípios catarinenses no ano de 2009.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar o desempenho dos municípios segundo as dimensões gestão e provimento da atenção;
- Emitir juízo de valor sobre o desempenho da atenção em saúde bucal dos municípios catarinenses;
- Identificar a existência de diferenças regionais da atenção em saúde bucal nos municípios catarinenses;
- Verificar se houve mudança no desempenho dos municípios comparado à avaliação anterior.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A literatura ainda não possui muitos estudos a respeito de avaliação em saúde bucal.

Avaliando o acesso do usuário, encontram-se alguns artigos. Matos et al. (2002) investigou a desigualdade existente entre os serviços público, privado e de sindicatos através de questionários aplicados para usuários entre outubro de 1996 e janeiro de 1997. Foram entrevistados 656 moradores na cidade de Bambuí, Minas Gerais. Concluiu-se que de maneira geral, os usuários de serviços públicos estavam em grande desvantagem em relação aos atendidos nos serviços privados e ligeiramente em desvantagem em relação aos usuários do serviço do sindicato.

Para avaliar a situação de utilização e acesso a serviços odontológicos no Brasil e estudar diferenciais entre os estratos socioeconômicos, Barros e Bertoldi (2002) utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE. A análise desses dados indicou um nível baixo de utilização de serviços odontológicos, além da participação do SUS nos atendimentos odontológicos ser muito mais baixa do que na atenção médica. Concluiu-se que a situação de saúde bucal no Brasil estava abaixo da média internacional e as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços são muito grandes.

Mialhe, Oliveira e Silva (2006) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o acesso e os serviços de saúde bucal segundo a visão dos moradores da Vila Rural Serra dos Dourados (Umuarama/PR). Para isso foi aplicado um questionário com 54 moradores a respeito da última consulta com o dentista. Concluiu-se que todos os entrevistados tiveram acesso ao cirurgião dentista e que a principal via de acesso foi o Sistema Único de Saúde. A maioria avaliou como bom o atendimento recebido, porém nem todos receberam informações sobre como evitar problemas de saúde bucal ou mostraram-se satisfeitos com as informações recebidas.

Zaitter (2009) desenvolveu um estudo com o objetivo de avaliar a acessibilidade dos pacientes inscritos em fila de espera à especialidade Endodontia em Curitiba, Paraná. No período de abril a julho de 2008, houve uma redução de 95% para a especialidade de Endodontia na Unidade Básica e de 88% no total de inscritos na Unidade de Saúde da Família que tiveram intervenção na fila. Essa intervenção mostrou-se importante na forma de conhecê-la e de dimensioná-la, validando-a.

Além de avaliar as mudanças no acesso/utilização de serviços odontológicos decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com agentes comunitários de saúde, Frazão e Marques (2009) avaliaram também as mudanças em conhecimentos, atitudes. Foram colhidos dados sobre conhecimentos de saúde-doença bucal, práticas e capacidades auto-referidas em relação ao autoexame, higiene bucal, número de residentes e de escovas dentais individuais e coletivas em cada domicílio e acesso e uso de serviços odontológicos. Concluiu-se que houve mudanças positivas, as quais podem ser um importante indicativo do papel dos agentes comunitários de saúde na promoção de saúde bucal.

Utilizando como objeto a satisfação do usuário, encontramos alguns estudos. O estudo quanti-qualitativo, de natureza descritiva, de Fadel, Sandrini e Zardo (2007), teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário rural de Castro/PR, em relação à inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). A população mostrou-se satisfeita com a nova Estratégia e aponta o acesso ao serviço de saúde como fator fundamental. Entretanto, suas expectativas ainda remetem aos mesmos problemas do sistema tradicional de atenção em saúde bucal (ampliação de recursos humanos, físicos, materiais e anseio pelas especialidades odontológicas). As ESB ainda não conseguiram contemplar todas as atividades propostas para este novo modelo de atenção.

Ainda para identificar o grau de satisfação do usuário, com o objetivo de avaliar as ações de saúde bucal executadas, Emmi e Barroso (2008) aplicaram um questionário com questões fechadas e semi-abertas para 103 usuários do PSF no município de Mosqueiro, Pará. Esses, de maneira geral, consideram que houve uma melhora importante na qualidade de saúde bucal, apresentando-se satisfeito quanto a atuação da atual equipe. As melhorias consideradas de maior importância para a população da amostra são, nessa ordem, as orientações de higiene oral, o maior acesso ao atendimento e as visitas domiciliares.

O objetivo do estudo realizado por Oliveira et al. (2009) consistia em avaliar o grau de satisfação dos usuários quanto às ações de saúde bucal desenvolvidas nos serviços odontológicos das unidades básicas de saúde de Olinda, Pernambuco. O estudo demonstrou, no que diz respeito à resolutividade, um percentual elevado de 76,4% dos usuários que consideram o problema que os trouxe ao serviço como “resolvido” ou “muito bem resolvido”. Dessa forma, os usuários, em sua maioria,

mostraram-se satisfeitos com a qualidade do atendimento prestada pela ESB.

Em 2010, Lima et al publicaram um estudo no qual foi avaliada a satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco. Através do *Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal* (QASSaB) – elaborado e validado no curso de doutorado em odontologia da Universidade de Pernambuco, com base no modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian - 272 pacientes foram entrevistados por meio de entrevista pessoal padronizada. Apesar da avaliação positiva dos usuários para a maioria das dimensões, a acessibilidade foi um ponto crítico destacado. Houve diferença significativa em indicadores como relações humanas/cirurgião-dentista, relações humanas/auxiliar, eficácia, acessibilidade/tempo de espera, efetividade/aparência dos dentes, efetividade/capacidade de mastigação, entre outros.

Existem ainda na literatura, estudos para avaliar a incorporação da Estratégia de Saúde da Família. Entre eles Andrade e Ferreira (2006) avaliaram alguns aspectos da inserção do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Pompeu (MG) através da satisfação do usuário. Com as informações coletadas em 120 questionários, pode-se concluir que o trabalho da equipe do PSF na região estudada existe de forma tão precária que não pode ser percebido pelos usuários.

Ainda, Souza e Roncalli (2007) avaliaram a incorporação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte, com base na análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal. Esta avaliação tomou como referência três dimensões: o acesso, a organização do trabalho e as estratégias de programação. Concluiu-se que grande parte dos municípios não avançou no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação no PSF. Dos 19 municípios avaliados, nove foram classificados como insatisfatórios nas mudanças apresentadas. Apenas cinco municípios apresentaram um perfil satisfatório e, nestes, foi observado avanços mais significativos, principalmente com relação à questão da intersetorialidade.

Avaliando serviços, encontram-se estudos de 2009. Utilizando dados secundários registrados no SIA/SUS em 2006 e critérios e normas instituídos para implementação de Centros de Especialidades Odontológicas, Figueiredo e Goes (2009) desenvolveram um estudo

com objetivo de avaliar estes serviços. O indicador utilizado foi “Cumprimento Global das Metas” - resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Consideraram-se meta atingida aqueles que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados. Classificou-se o desempenho dos serviços em: desempenho ruim (cumprimento de apenas 1 meta); desempenho regular (cumprimento 2 metas); desempenho bom (cumprimento 3 metas); e, desempenho ótimo (cumprimento a totalidade das metas). Dos 22 Centros de Especialidades Odontológicas avaliados, 40,9% obtiveram um desempenho bom; porém 31,8% dos Centros de Especialidades Odontológicas tiveram desempenho ruim. O melhor cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo “atenção básica” em detrimento dos demais subgrupos, principalmente a cirurgia oral menor.

Reis et al (2009) avaliou o serviço de saúde bucal, através do estudo das percepções dos usuários, do município de Grão Mogol (MG). Observou-se que o serviço de saúde bucal, no município, vive período de mudanças, mas existe ainda uma prática iatrogênica-mutiladora. No entanto, a prevenção e a promoção da saúde ganham espaço entre as ações de saúde, atuando como importantes fatores para a melhoria da assistência à saúde bucal e consequente melhoria na qualidade de vida da população.

Soller, Filho (2011) avaliaram a qualidade dos serviços públicos de odontologia oferecidos por uma Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC), através de indicadores da qualidade e pela perspectiva do prestador ou cliente interno. Buscaram também os indicadores capazes de mensurar o desempenho dos serviços de saúde. Através de um questionário, os cirurgiões-dentistas do município selecionaram os indicadores que julgavam mais adequados para avaliar o serviço quanto a estrutura, processo e resultado. Em uma segunda etapa, esses indicadores foram utilizados em uma unidade básica de saúde. Os indicadores utilizados de acordo com cada dimensão foram: horas de treinamento ou cursos fornecidos pela instituição/cirurgiões-dentistas/ano (estrutura); cuidados com biossegurança (processo); e satisfação do prestador (resultado). Pode concluir-se que os três indicadores aplicados são passíveis de ser utilizados nas Unidades

Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis, desde que se tenha acesso aos dados de forma clara e precisa. Os resultados observados permitem fazer uma avaliação inicial quanto à qualidade do serviço de odontologia na unidade analisada, não devendo generaliza-los para as demais unidades básicas de saúde.

Ainda avaliando serviços, Stocco e Baldani (2011) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar um programa-piloto “Promoção de Saúde Bucal: controle do retorno dos bebês no consultório odontológico através da Carteira de Vacina da Criança” na cidade de Ponta Grossa (PR). Através de um estudo transversal exploratório, os resultados obtidos indicam que o acompanhamento odontológico via carteira de vacina é uma solução viável, de baixo custo e que pode ser amplamente resolutive, diante da possibilidade de intervenção precoce, dependendo em grande parte da adesão das famílias.

Para avaliar a cobertura do serviço, o estudo objetivando avaliar a cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia (SOPMBA) na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, entre 2002 e 2004, e estimar as taxas de sua cobertura potencial e real, Ribeiro-Sobrinho et al. (2008) calcularam as taxas de cobertura potencial levando-se em conta a carga horária dos cirurgiões-dentistas do serviço e cobertura real, com base na produção ambulatorial odontológica. Encontrou-se uma adequada cobertura potencial de recursos humanos (1 cirurgião-dentista/1.618 habitantes) e a taxa de cobertura real foi considerada abaixo do padrão proposto pelo Ministério da Saúde (0,39 procedimento/habitante/ano). Os autores ainda afirmaram que o método utilizado na pesquisa de avaliação poderá ser um instrumento de avaliação dos serviços odontológicos prestado pelo SUS, por informar com mais precisão tanto o potencial de utilização do recurso como a efetiva utilização.

Chaves et al. (2011) avaliaram a taxa de utilização dos serviços odontológicos especializados de quatro CEOs da Bahia, Brasil, identificando fatores relacionados, através de dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), vinte entrevistas semi-estruturadas junto aos coordenadores e executores, além de observação in loco do serviço. O estudo revelou que, apesar de a oferta desse serviço especializado apresentar bons resultados na percepção dos profissionais executores dessa, há uma baixa taxa de utilização dos serviços públicos odontológicos

especializados nos quatro CEOs analisados, conforme os padrões propostos pela Portaria GM nº. 1.101/2002 e pela consulta aos especialistas. Os autores ainda sugerem estudos que analisem diferentes formas de organização do serviço que tenham possibilitado maior utilização da oferta disponível, como diferenças de remuneração, articulação com atenção primária e adequação da oferta às necessidades de saúde populacionais.

Alguns estudos avaliaram a gestão em saúde. Chaves e Vieira-da-Silva (2007) analisaram em que medida a descentralização da gestão da atenção à saúde tem influenciado a (re)organização dos serviços odontológicos em municípios da Bahia, na perspectiva da consolidação de práticas organizacionais, clínicas, preventivas e coletivas no nível local, articuladas aos princípios do SUS; estimaram o grau de implantação dos componentes relacionados à organização da atenção à saúde bucal; formularam uma imagem-objetivo da atenção à saúde bucal em municípios brasileiros, com base no consenso de um comitê de *experts* especialmente constituído para este fim; e buscaram compreender que fatores podem estar contribuindo ou obstando o processo de reorganização da atenção à saúde bucal no setor público.

Martelli et al. (2008) realizou um estudo objetivando analisar o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal. O estudo utilizou de uma metodologia qualitativa para avaliar os dados obtidos nas entrevistas e foi criada uma matriz de qualificação dos municípios, em que os mesmos foram classificados, de acordo com o perfil dos profissionais e das ações e serviços oferecidos pelo município. Após avaliação, três municípios enquadram-se na categoria "estruturado", cinco na categoria "semi-estruturado" e apenas um como "não-estruturado", demonstrando que a maioria dos municípios apresenta dificuldades na estruturação da saúde bucal.

Lessa e Vettore (2010) analisaram o grau de adequação da gestão da Atenção Básica (AB) em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. A base utilizada foi uma matriz de análise de cinco dimensões: Planejamento e Programação, Suporte da Gestão aos Profissionais e às Práticas na Atenção Básica, Oferta de Assistência Odontológica, Utilização de Serviços e Integralidade da Atenção. As informações foram obtidas de planos municipais de saúde, de relatórios de gestão e análise de dados secundários do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do IBGE. Observou-se uma melhora nas

quatro primeiras dimensões da matriz de análise, e apenas a dimensão relativa à utilização de serviços declinou no período. Concluiu-se que o município apresentou adequação da gestão da Atenção Básica em saúde bucal ao modelo de vigilância em saúde, entre 1999 e 2006. Entretanto, o declínio na utilização de serviços odontológicos associado à estabilidade dos indicadores de cobertura e assistência odontológica sugere a necessidade de sistematizar atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde bucal.

Além desses objetos, ainda foi avaliada a Atenção em Saúde Bucal. Nickel et al. (2009) apresentaram um modelo de avaliação da Atenção em Saúde Bucal no âmbito da atenção básica, seguindo o modelo proposto na Avaliação da Gestão da Atenção Básica, desenvolvido em parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. O modelo desenvolvido contemplou duas dimensões para avaliar as decisões do gestor: uma política, relativa às ações de organização da atenção; e outra técnica, relativa ao provimento das ações, nas quais buscavam avaliar efetividade. O modelo de avaliação apresentou-se como um instrumento de gestão aplicável em municípios com diferentes portes populacionais e com diferentes características do sistema municipal de saúde.

Colussi (2010) desenvolveu sua tese de doutorado com o objetivo de aplicar um modelo de avaliação de qualidade da atenção básica em saúde bucal nos municípios catarinenses, segundo duas dimensões. A primeira foi Gestão da Saúde Bucal com as subdimensões atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infra-estrutura. A segunda foi Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal, com as subdimensões promoção e prevenção e diagnóstico e tratamento, dentro das quais se encontram ciclos de vida – criança, adolescente, adulto e idoso. Os dados foram coletados através de questionários enviados aos municípios catarinenses e de sistemas de informações. Os indicadores foram convertidos em escores de 0 a 1, de acordo com a distribuição dos valores no conjunto de municípios de mesmo porte populacional. Concluiu-se que o modelo é aplicável para os municípios com diferentes portes populacionais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo que utilizou o modelo de avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal proposto por Colussi (2010). A proposta de avaliação fundamenta-se no modelo de avaliação da atenção básica nos municípios catarinenses desenvolvido pela SES-SC em parceria com o NEPAS-UFSC (NEPAS-UFSC, 2010). O modelo foi adaptado para a saúde bucal e tem a finalidade de subsidiar os gestores municipais e estaduais na tomada de decisões que assegurem o adequado provimento da atenção à saúde bucal nos municípios catarinenses (Colussi, 2010). O modelo baseia-se nas responsabilidades do gestor municipal, advindas da descentralização, em prover atenção à saúde bucal segundo os princípios do SUS, garantindo o acesso universal e reduzindo os riscos de doenças e outros agravos. O modelo de avaliação da atenção em saúde bucal, com suas dimensões e subdimensões está no Quadro 1.

Quadro 1. Modelo de avaliação da atenção em saúde bucal.

GESTÃO DA SAÚDE BUCAL	PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação intersetorial	Criança	Criança
Participação popular	Adolescente	Adolescente
Recursos Humanos	Adulto	Adulto
Infra-estrutura	Idoso	Idoso

Os critérios de desempenho utilizados foram: qualidade, valor, mérito, eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Desta forma, para o objeto ter qualidade deve apresentar valor e mérito. Valor refere-se à condição de efetividade e relevância e o mérito refere-se à eficiência e eficácia. Os conceitos desses termos tem origem na área da educação e foram adaptados por Scaratti (2007) para uso na gestão da saúde.

Eficiência: é o critério de desempenho econômico que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas à geração do maior volume

de serviços de saúde possível com os recursos disponíveis (otimização da capacidade instalada).

Eficácia: é o critério de desempenho político que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos e pactos de saúde e dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde (realização das metas quantitativas e qualitativas).

Efetividade: é o critério social que reflete a habilidade administrativa do gestor tomar medidas voltadas a satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde (maximização dos resultados).

Relevância: é o critério cultural que reflete a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao atendimento dos desejos e expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS (maximização dos impactos).

O modelo possui 40 indicadores que foram revisados, em atenção à sugestão de Colussi (2010), em um projeto de pesquisa Pibic desenvolvido por Lacerda, Coelho (2011). Participaram da revisão o grupo idealizador do modelo NEPAS, Colussi (2010), especialistas em avaliação da Universidade de Santa Catarina e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Alguns dos indicadores foram modificados e o processo de discussão e as alterações estão detalhados em documento específico (Lacerda, Coelho, 2011).

Após a revisão foram coletados dados para análise do comportamento dos indicadores e para a realização dessa pesquisa conforme descrito a seguir.

Os dados primários foram coletados através de formulário online criado no FormSUS, serviço do DATASUS para elaboração de formulários desse tipo. Foram elaboradas 35 questões referentes às variáveis necessárias para cálculo dos indicadores propostos. Essas foram divididas em oito grupos, correspondentes ao conteúdo de cada dimensão – Gestão da Saúde Bucal e Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal. Após a coleta, 3 indicadores foram excluídos da análise devido a falta de informação.

Cada secretário municipal de saúde recebeu por e-mail uma apresentação da Avaliação da Atenção em Saúde Bucal e orientações para preenchimento do formulário. Foi enviado em anexo, um modelo do formulário para que o município tivesse conhecimento das questões, e assim pudesse procurar os dados solicitados antes de preencher o

documento. Para esse preenchimento, cada secretário recebeu uma senha gerada a partir da inclusão do seu e-mail no grupo de respondentes dos formulários, para possibilitar o acesso aos mesmos através do site FormSUS (www.formsus.datasus.gov.br).

Cada município teve o prazo de um mês para envio das respostas. Nesse período, foi disponibilizado um telefone e um e-mail para esclarecimento de dúvidas. Após 15 dias do envio da apresentação e senha, foi realizado um novo contato com os municípios para ampliação do prazo de devolução por mais 15 dias.

Os dados secundários foram obtidos nos bancos de dados eletrônicos oficiais (Datasus e IBGE) e na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Foi utilizado o mês de dezembro de 2009 para referência das respostas para coleta, por ser o mês utilizado como referência em todos os dados.

Os dados coletados a partir do formulário online foram extraídos em planilha eletrônica no Microsoft Excel, fornecida pelo serviço eletrônico FormSUS. Os dados secundários foram incluídos nessa mesma planilha.

Os dados foram submetidos ao cruzamento, à análise de consistência e uma análise estatística exploratória, para que possíveis erros fossem localizados e corrigidos. Na sequência foram enviados e-mails aos respondentes dos formulários para que os dados inconsistentes fossem corrigidos.

O resultado final foi obtido à partir da soma dos indicadores em cada bloco de análise. O juízo de valor foi emitindo obedecendo o porte populacional. Os indicadores foram convertidos em escores de acordo com a distribuição quartil do grupo de municípios com porte populacional similar. Aos valores até o primeiro quartil foi atribuído o escore 0,0; 1,0 aos valores maiores ou iguais ao terceiro quartil; e 0,5 aos demais valores. Esses escores, todos com pesos iguais, foram somados para que obtivesse a pontuação final. Com a pontuação também distribuída por quartil a qualidade da atenção em saúde bucal foi classificada segundo os juízos de valor: satisfatório, regular e insatisfatório. Para análise dos resultados, uniu-se os valores classificados como insatisfatório e regular, formando uma única categoria, chamada de insatisfatório.

Para análise das diferenças regionais, porte populacional e comparação do desempenho da avaliação realizada em 2007 foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson e o nível de significância de 95%.

Os relatórios gerados pela avaliação foram divulgados aos municípios para que subsidiem decisões quanto às ações identificadas como prioritárias na formulação de políticas municipais visando à qualidade da atenção em saúde bucal.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 264 municípios de Santa Catarina, totalizando uma taxa de resposta de 90,8%.

O resultado da avaliação será apresentado inicialmente segundo cada uma das dimensões. O comportamento dos componentes da dimensão Gestão está apresentado na tabela 1.

Na subdimensão *Atuação Intersetorial*, dois indicadores merecem destaque por apresentarem o melhor e o pior resultado. Mais de 80% dos municípios realiza vigilância do teor de flúor na água de abastecimento mensalente. Entretanto, apenas 25% dos municípios possui sistema de fluoretação e uma cobertura adequada de domicílios, expressando uma deficiência na efetividade.

Na *Participação Popular* observa-se que em poucos municípios os cirurgiões dentistas integraram a delegação na Conferência Estadual de Saúde (14,8%). Já no Conselho Municipal de Saúde, mais da metade dos municípios possuíam um representante da equipe de saúde bucal para discussão e aprovação do relatório da gestão. O indicador Informação em saúde teve um bom desempenho, com 61% dos municípios como satisfatório. Estes municípios possuem um grande percentual de unidades de saúde com material educativo e/ou informativo em saúde bucal.

No bloco de *Recursos Humanos* dois indicadores foram destaque. Em quase 80% dos municípios a relação dentista/população foi considerada satisfatória, indicando bom acesso ao dentista. Em menos de 30% houve paralisação do serviço por falta de profissional, expressando boa efetividade. Ainda nesse bloco os indicadores de eficácia e eficiência merecem atenção. O trabalho em equipe, expressão de eficiência, foi classificado como insatisfatório na maioria dos municípios (59,5%) e pouco mais da metade foi classificado de forma satisfatória no indicador presença da SB na ESF, que expressa a eficácia da gestão neste item.

Tabela 1: Distribuição dos municípios segundo os indicadores da dimensão Gestão da Saúde Bucal. Santa Catarina, 2009.

		Insatisfatório		Satisfatório	
Atuação Intersectorial		N	%	N	%
R	Hábitos Saudáveis	175	66,3	89	33,7
E1	Acesso ao flúor	196	74,3	68	25,8
E2	Vigilância do teor de flúor	43	16,3	221	83,7
E3	Saúde Bucal na Escola	141	53,4	123	46,6
Participação Popular					
R	Informação em Saúde	103	39	161	61
E1	Controle social	129	48,9	135	51,1
E2	Saúde Bucal no Conselho Municipal	113	42,8	151	57,2
E3	Saúde Bucal na Conferência Estadual	225	85,2	39	14,8
Recursos Humanos					
R	Acesso ao dentista	63	23,9	201	76,1
E1	Paralisação do serviço por falta de dentistas	73	27,6	191	72,3
E2	Presença da Saúde Bucal no PSF	119	45	145	54,9
E3	Trabalho em equipe	157	59,5	107	40,5
Infra Estrutura					
R	Acesso a assistência especializada	75	28,4	189	71,6
E1	Acesso ao serviço de saúde bucal	86	32,6	178	67,4
E2	Adequação da capacidade instalada	70	26,5	194	73,5
E3	Priorização por áreas de risco	100	37,9	164	62,1

R: Relevância E1: Efetividade E2: Eficácia E3: Eficiência

No conjunto observa-se certa homogeneidade no desempenho dos municípios na subdimensão *Infra-Estrutura*. Mais de 2/3 dos municípios

possui instalações odontológicas com capacidade adequada para atender a população de referência, disponibiliza satisfatoriamente acesso ao serviço de saúde bucal no nível de atenção básica especializada e mais de 60% utiliza critérios de risco ao definir alocação de ações e serviços de saúde bucal.

Para apresentação da dimensão Provimento da Atenção em Saúde Bucal optou-se por apresentar a subdimensão Promoção e Prevenção na tabela 2 e Diagnóstico e Tratamento na tabela 3.

Na faixa etária da *criança*, nenhum dos indicadores analisados no bloco de Promoção e Prevenção apresentou bom desempenho pela maioria dos municípios avaliados. Observa-se que pouco mais de 40% dos municípios possui grupos de gestante e bebês com profissionais de saúde bucal nas unidades de saúde, indicando que ainda são poucos que previnem a doença cárie de maneira precoce. Além disso, um número muito próximo de municípios realiza evidênciação de placa e escovação supervisionada na primeira consulta odontológica da criança, medida de prevenção individual, e apenas $\frac{1}{4}$ dos municípios possui uma cobertura de procedimentos coletivos satisfatória nessa faixa etária. .

Na subdimensão *Promoção e Prevenção para adolescentes* o desempenho dos municípios foi homogêneo. Pouco mais da metade dos municípios faz o encaminhamento destes, quando atendidos nas unidades, para o atendimento odontológico e realizam atividades educativas em saúde bucal para eles. Ainda nesse bloco, quase 40% dos municípios realizam a evidênciação de placa e escovação supervisionada na 1ª consulta do adolescente, expressando boa eficácia.

No bloco *Promoção e Prevenção do adulto* um indicador merece destaque. Mais de $\frac{3}{4}$ dos municípios disponibilizam procedimentos de coleta de tecido bucal para biopsia, medida do diagnóstico precoce de câncer bucal. Entretanto, apenas um pouco mais de 40% dos municípios possui campo específico na ficha clínica para exame de mucosa bucal e disponibiliza material educativo e/ou informático sobre câncer de boca nas unidades.

Tabela 2: Distribuição dos municípios segundo os indicadores de Promoção e Prevenção da dimensão Provimento da Atenção em Saúde Bucal. Santa Catarina, 2009.

		Insatisfatório		Satisfatório	
		N	%	N	%
Criança					
R	Controle de Cárie	151	57,2	113	42,8
E1	Atividades coletivas	196	74,2	68	25,8
E2	Prevenção individual	142	53,8	122	46,2
Adolescente					
R	Atuação multiprofissional	129	48,8	135	51,1
E1	Educação em saúde bucal	119	45,1	145	54,9
E2	Prevenção individual	160	60,6	104	39,4
Adulto					
R	Acesso à informação sobre câncer bucal	150	56,9	114	43,2
E1	Diagnóstico de lesões de mucosa	149	56,4	115	43,6
E2	Diagnóstico precoce do câncer bucal	59	22,3	205	77,7
Idoso					
R	Atenção em saúde bucal para grupos de idosos	152	57,6	112	42,4
E1	Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante	175	66,3	89	33,7
E2	Atendimento protético	188	71,2	76	28,8

R: Relevância E1: Efetividade E2: Eficácia E3: Eficiência

A faixa etária *do idoso* na *subdimensão Promoção e Prevenção* apresentou valores baixos. Apenas 1/3 dos municípios realiza visita domiciliar para idosos com limitação incapacitante com ações em saúde bucal. Um número menor ainda de municípios disponibiliza procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária (28%) e em um pouco mais de 40% dos municípios há atividades de saúde bucal nos grupos de idosos, na Unidade de Saúde ou na comunidade.

Na tabela 3 observa-se que alguns dos critérios referentes ao diagnóstico e tratamento da dimensão do Provimento da Atenção em Saúde Bucal apresentaram valores baixos.

Para *criança*, alguns indicadores merecem destaque. Em cerca de 2/3 dos municípios o cirurgião-dentista atende crianças de 0-6 anos nas unidades de saúde e em mais de 40% são utilizados critérios de risco para atendimento destas. Porém, apenas 25% dos municípios tem um bom percentual de consultas destinadas a esta faixa etária.

Nas faixas etárias correspondentes ao *adolescente, adulto e idoso*, após a eliminação do indicador efetividade para todos, em decorrência de falta de informações em bancos de dados secundários, restaram apenas dois indicadores. Um deles, utilizado nas três faixas etárias, corresponde à eficácia. Nele, o mesmo número de municípios realiza um bom percentual de procedimentos odontológicos em cada bloco.

Para *o adolescente*, mais da metade dos municípios agenda este com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento, garantindo um vínculo maior entre paciente e profissional. Já na saúde do trabalhador para adulto, apenas pouco mais de 10% dos municípios disponibiliza atendimento odontológico no 3º turno das unidades de saúde. A atenção aos adultos e idosos foi classificada como insatisfatória em mais de 60% dos municípios avaliados. O atendimento preferencial do idoso ocorre em quase 40% dos municípios.

Tabela 3: Distribuição dos municípios segundo os indicadores de Diagnóstico e Tratamento da dimensão Provimento da Atenção em Saúde Bucal. Santa Catarina, 2009.

		Insatisfatório		Satisfatório	
		N	%	N	%
Criança					
R	Cobertura de atendimento	198	75,0	66	25,0
E1	Odontopediatria	96	36,3	168	63,6
E2	Critério de risco para tratamento	143	54,1	121	45,8
Adolescente					
R	Vínculo profissional/paciente	128	48,5	136	51,5
E2	Acesso a tratamento	196	74,3	68	25,8
Adulto					
R	Saúde do trabalhador	229	86,7	35	13,3
E2	Acesso a tratamento	196	74,3	68	25,8
Idoso					
R	Atendimento preferencial	164	62,1	100	37,9
E2	Acesso a tratamento	196	74,2	68	25,8

R: Relevância E1: Efetividade E2: Eficácia

Ao final foi possível emitir juízo de valor para a atenção em saúde bucal, apresentado na tabela 4.

Na dimensão Gestão em Saúde Bucal 27,7% dos municípios foram classificados como satisfatório, valor muito próximo da dimensão Provimento da Atenção Básica - 29,5%. Na análise da gestão na Atenção em Saúde Bucal, que corresponde a pontuação geral, pouco mais de 1/4 dos municípios foi considerado como desempenho satisfatório (26,9%).

Tabela 4: Classificação dos municípios segundo dimensões da avaliação da atenção em saúde bucal. Santa Catarina, 2009.

Aspectos Da Avaliação	Insatisfatória		Satisfatória	
	N	%	N	%
Gestão Em Saúde Bucal	191	72,4	73	27,7
Provisionamento Da Atenção Básica	186	70,4	78	29,5
Atenção em Saúde Bucal	193	73,1	71	26,8

A análise comparativa dos resultados segundo porte populacional, localização geográfica e avaliação de 2007 está apresentada na tabela 5. Na análise segundo porte populacional foi observado comportamento semelhante do desempenho dos municípios. A avaliação com resultado satisfatório variou entre 28,0% entre os municípios de maior porte e 25,9% entre os municípios de porte intermediário. Esse comportamento mostrou não ser estatisticamente significativo.

Quando analisados de acordo com a localização, os municípios foram divididos nas regiões oeste, central e litoral. Dentre os municípios da primeira categoria, 33,0% foi classificado como satisfatório. Na região central obteve-se o valor de 22,9% dos municípios classificados como satisfatório e no litoral 24,4%. Essa relação mostrou-se não significativa estatisticamente.

Comparando o desempenho dos municípios com a avaliação anterior observa-se um resultado positivo. Na avaliação de 2007, o desempenho satisfatório foi observado em 17,5% dos municípios. Em 2009 esse percentual subiu para 29,1%, indicando uma melhora dos municípios. Esses dados mostraram-se estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

Tabela 5: Análise comparativa segundo porte populacional, localização do município e avaliação anterior. Santa Catarina, 2009.

Variável	Insatisfatório		Satisfatório		<i>p</i>
	N	%	N	%	
Porte populacional					0,965
Menos 10 mil	112	72,7	42	27,3	
De 10 a 50 mil	63	74,1	22	25,9	
Mais de 50 mil	18	72,0	07	28,0	
Localização do município					0,265
Oeste	61	67,0	30	33,0	
Região central	64	77,1	19	22,9	
Litoral	68	75,6	22	24,4	
Comparação (n=189)					<0,001
Avaliação 2007	156	82,5	33	17,5	
Avaliação 2009	134	70,9	55	29,1	

Teste estatístico: Qui quadrado

6 DISCUSSÃO

Em um período relativamente curto de coleta, obteve-se uma alta taxa de adesão de municípios a avaliação. Esse fato pode ser resultado da presença constante de um pesquisador para possíveis dúvidas por telefone ou email. Além disso, a parceria com a Secretaria de Estado da Saúde atrelado a premiação e o fato de serem aplicadas anualmente avaliações da atenção básica e do planejamento em saúde nos municípios pode ter auxiliado na adesão dos municípios, bem como o fato de não ser a primeira avaliação de saúde bucal aplicada. Associado a isso, o Política Nacional de Saúde Bucal proporcionou um aumento de recursos financeiros e ampliou a importância da avaliação no cenário nacional com destaque na mídia e em congressos (Brasil, 2004).

Na dimensão Gestão em saúde bucal, os indicadores de recursos humanos e infraestrutura apresentaram um resultado satisfatório. Alguns indicadores da subdimensão atuação intersetorial merecem destaque. O indicador Vigilância do teor de flúor apresentou um bom resultado. Entretanto, o indicador Acesso ao flúor mostrou que 28 dos municípios avaliados não abastecem os domicílios com água fluoretada. Esse fato é preocupante, pois desde 1974, mediante a lei federal, é obrigatória a adição de flúor nas águas de abastecimento onde exista estação de tratamento (Brasil, 1974). A fluoretação comprovadamente reduz os índices CPOD da população que a utiliza (Muniz, 1969; Viegas & Viegas, 1974; Perin, 1997). Além disso, o custo per capita/ano para adição de flúor na água é R\$0,50. É a melhor relação custo-benefício dentre todas as atividades relacionadas à odontologia, sendo que, um indivíduo beneficiado pela fluoretação da água ao longo de toda a sua vida custa para o sistema o equivalente a uma única restauração dentária (Narvai, 2000). Tendo em vista a experiência brasileira e internacional, e considerando-se os conhecimentos disponíveis, a não disponibilização de flúor na água de abastecimento pode ser considerada juridicamente ilegal, cientificamente insustentável e socialmente injusta (Narvai 1997).

Os baixos valores dos resultados dos indicadores de Acesso ao flúor e Desenvolvimento de hábitos saudáveis podem ser resultado da pouca participação de cirurgiões dentistas nas Conferências Estaduais de Saúde. Com a ausência de representantes da área, os interesses da odontologia não fazem parte das reuniões, diminuindo assim, as ações para melhoria da saúde bucal.

Outra ação observada em menos da metade dos municípios avaliados foi o trabalho em equipe. Estudos comprovam que a

produtividade da hora clínica do cirurgião-dentista aumenta cerca de 31% quando há auxiliares odontológicos (Pereira; Moreira, 1992). Além disso, muitas atividades coletivas de educação em saúde podem ser executadas pelos auxiliares com a supervisão dos dentistas, o que aumenta sua eficiência (Brasil, 2004).

Os resultados das subdimensões da Promoção e Prevenção do Provimento apresentaram de maneira geral valores baixos. Destacaram-se os indicadores da subdimensão criança Controle de cárie e Prevenção individual. Essas atividades são características do Sistema Incremental, elaborado na década de 50, o qual, até hoje, é utilizado por alguns locais como modelo de atendimento. Esse sistema prioriza a saúde bucal de crianças por idade. Com isso, outras faixas etárias acabaram sendo excluídas da atenção odontológica pública (Nickel, 2008). Tendo em vista que essas ações já não estão sendo priorizadas na criança, as demais faixas etárias também não recebem a atenção devida, como observado nos resultados da faixa etária de adolescentes.

Outra possível justificativa para o resultado do indicador de Prevenção individual é que para seu cálculo era necessário o registro das atividades coletivas feito pelos municípios. O registro de informação foi um problema encontrado em muitos indicadores, como os referentes ao acesso ao tratamento, dos critérios de eficácia do diagnóstico e tratamento de adolescente, adulto e idoso. Tanto que se fez necessária a remoção desses indicadores da matriz avaliativa. Essa decisão foi tomada devido às incoerências dos registros de atendimento e dessa maneira a impossibilidade de utilizá-los no indicador. Almeida e Alencar (2000) sugeriram que os sistemas de informação necessitam de uma análise de consistência de informação para a verificação de possíveis valores aberrantes, o que contribuiria para a melhoria da qualidade da informação.

Outro fato que se destacou durante a análise foram os baixos resultados da faixa etária de idosos. O acesso facilitado aos serviços odontológicos, seja nos centros de saúde ou no atendimento domiciliar, juntamente com uma conscientização da equipe de cuidadores sobre a importância de se manter uma boa condição bucal, são recursos importantes na busca de suporte para manutenção e melhora no quadro geral do indivíduo idoso (Araújo, 2006). Para essa melhoria, destaca-se a necessidade de atendimento protético, pois o edentulismo torna-se um problema de Saúde Pública. O processo de envelhecimento é contínuo e inevitável. É fundamental a presença da odontologia na atenção à saúde

da terceira idade, que inclua ações educativas, preventivas e reabilitadoras e possibilite melhor qualidade de vida para essa população (Murakami,2007).

A análise do comportamento dos municípios por porte populacional e região não coincide com os estudos de avaliação da atenção básica, onde havia melhor desempenho dos municípios menores e localizados no Oeste. Esse resultado pode estar relacionado com a melhoria no desempenho de maneira geral fato onde os municípios de porte intermediário e maior porte melhoraram em relação aos de menor porte e a diferença passou a ser não significativa..

O resultado que coincide com a avaliação da atenção básica é o melhor desempenho dos municípios em relação ao período anterior. Isso pode ser reflexo da Política Nacional de Saúde Bucal, que no último período destinou recursos para a prevenção e assistência e ampliou os serviços com subsidio financeiro (Brasil, 2004). Além disso, ainda há a política indutora de Santa Catarina, a qual premia os municípios com melhor desempenho na avaliação da Atenção Básica, que pode ser atribuída a esse comportamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação é instrumento fundamental para a tomada de decisão na gestão. Contudo, esta se torna mais difícil quando o registro de informação realizado pelo município é falho, como o ocorrido. Espera-se que a institucionalização da avaliação possa evidenciar essa lacuna e contribuir para a melhoria da qualidade da informação.

A gestão apresentou resultados homogêneos e, de maneira geral, satisfatórios, se comparado ao período anterior. No entanto ainda está aquém do esperado frente aos incentivos da Política Nacional de Atenção Básica e de Saúde Bucal. O provimento destaca algumas áreas deficientes, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento.

A melhoria nos resultados dos municípios, comparado com a avaliação anterior, foi significativa. O acompanhamento desses resultados deve ser feito periodicamente para que a avaliação cumpra a função de auxiliar na gestão municipal.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.F. de; ALENCAR, G.P.. Informações em saúde: Necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Inf. Epidemiol. Sus**, v.9, n.4, p.241-249. dez 2000

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 123-130. 2006

ARAÚJO, S. S. C. ET AL. Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.203-16, jan/jun 2006

BARROS AJD; BERTOLDI AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva** v.7, n. 4. p.709-717. 2002

BRANDAO, D. B.; SILVA, R.R.; PALOS, C.M.C.. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 48, set. 2005

BRASIL. Lei nº. 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, 1974

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Serie E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde

Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986

CHAVES, S.C.L. et al . Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2011

CHAVES, S.C.L.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5. 2007

COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. 298f. Tese (Doutorado em Odontologia) . Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 131p.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F. Feio. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1. 2008

FADEL, C.B.; SANDRINI, J.C.; ZARDO, L.N. Avaliação do perfil e grau de satisfação dos usuários dos serviços odontológicos na Estratégia de Saúde da Família, na zona rural do município de Castro/PR. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.13, n.3/4, p.59-66. 2007

FELISBERTO, E.et al . Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6. 2010

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades

Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2. 2009.

FRAZAO, P.; MARQUES, D.. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009

LACERDA, J.T.; COELHO, B.S. **Avaliação da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2011. Relatório final. Programa de Iniciação Científica (PIBIC). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011

LESSA, C.F.M.; VETTORE, M.V.. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3. 2010

LIMA, A.C.S.; CABRAL, E.D.; VASCONCELOS, M.M.V.B.. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.26, n.5, p. 991-1002. 2010

MAIO, M.C.; LIMA, N.T.F.. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7. 2009

MATOS, D.L. et al . Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2. 2002

MARTELLI, P.J.L.et al . Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5. 2008

MIALHE, F. L.; OLIVEIRA, C. S. R.; SILVA, D. D. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 145-149, set./dez. 2006

MUNIZ, A. Prevalência da cárie dentária em escolares de Curitiba, antes e após exposição contínua à água fluoretada: 1958-1968. Curitiba, **SSP-PR, DUS, SOS**. 5p. 1969

MURAKAMI, A.M.U. *et al.* Equidade frente à necessidade de prótese dentária na população de 65 a 74 anos de idade em Curitiba. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.16, no.2, p.139-141. jun. 2007

NARVAI, P.C. Fluoretação das águas: razões para prosseguir. São Paulo, **FUNDAP/SES-SP**. 6 p. 1997

NARVAI, P.C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 2. p. 381 – 392. 2000

NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina. Apresenta o projeto e permite que os municípios tenham acesso aos formulários e relatórios da avaliação. Disponível em:< www.nepas.ufsc.br>. Acesso em 31 de maio de 2011

NICKEL, D. A. **Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal**. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

NICKEL, D.A. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.241-246. fev, 2008

NICKEL, D.; CAETANO, J.; CALVO, M. Modelo de avaliação da saúde bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** . vol. 9, n. 3, p.373-379. 2009

OLIVEIRA, R.S.et al. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família.. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v.11, n.4, p. 34-38. 2009

PEREIRA, A.C.; MOREIRA, B.H.W. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v. 46, n.5, p. 851-854. Out 1992

PERIN, P.C.P. **Influencia da fluoretação da água de abastecimento público na prevalência de cárie dentária e maloclusão**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 1997. 113p.

REIS, C. et al . Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário”. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4. 2009

RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L.E.P.F.; CHAVES, S.C.L.. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2. 2008

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. Plano Estadual de Saúde. Florianópolis: IOESC, 2007. 196p.

SCARATTI, D.. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. 15 f. Teses (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007

SOLLER, S.A.L. FILHO, G.I.R. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. **RAP**, Rio de Janeiro v.45, n.3. p.591-610, Maio/jun. 2011

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G.. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11. 2007

STOCCO, G., BALDANI, M.H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p.2311-2321. 2011

TEIXEIRA, C.F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.3, p.564-576. 2006

VIEGAS, Y. VIEGAS, A.R. Análise dos dados de prevalência de cárie dental na cidade de Campinas, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoreação da água de abastecimento público. **Revista de Saúde Pública** v.8. p.399-409. 1974

ZAITTER, et al. Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR). **Rev Sul-Bras Odontol.** v. 6, n. 4, p. 413-421. 2009

ANEXO A - Formulário de coleta de dados:

A - Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Atuação Intersectorial

1. Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com cantinas no município em 2009:
2. Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2009:
3. Existe fluoretação da água de abastecimento público no município?
()Sim ()Não
4. Qual o número total de domicílios no municípios em 2009?
5. Qual o número de domicílios com acesso à água tratada pela rede de abastecimento público (CASAN/SAMAE) em 2009?
6. Quanto à vigilância do teor de flúor na água de abastecimento público, o município realizou coleta mensal de amostras da água em 2009? ()Sim ()Não
7. Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental, em 2009:
8. Número de escolas públicas (municipais e estaduais) de pré-escola e ensino fundamental com prática de escovação dental após lanches, em 2009:

B - Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Participação Popular

9. Número de Unidades de Saúde que disponibilizavam material educativo e/ou informativo em Saúde Bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.) em dezembro de 2009:
10. Na última Conferência Municipal de Saúde houve pelo menos uma deliberação referente à Saúde Bucal? ()Sim ()Não

11. Esteve presente representante da equipe técnica de saúde bucal do município na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano de 2009?

12. O município financiou a ida de algum delegado dentista na ultima conferencia estadual de saúde? ☐ Sim ☐ Não

C - Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Recursos Humanos

13. Quantas Unidades de Saúde interromperam atendimento odontológico **devido à falta de profissional (por férias, licença-saúde, atestado, falta ou outro motivo)** por mais de dois dias consecutivos, no ano de 2009?

14. Número total de profissionais que atuavam como auxiliares fixos em odontologia em dezembro de 2009:

D - Gestão do Sistema Municipal de Saúde: Infra-estrutura

15. Em 2009 os procedimentos de endodontia foram realizados:

- ☐ a. No próprio município
- ☐ b. Em local a menos de 50 km
- ☐ c. Em local a mais de 50 km
- ☐ d. Não foram realizados

16. Número de **Unidades de Saúde** municipais com atendimento odontológico, incorporado a equipe de saúde da família ou não, em dezembro de 2009:

17. Número de equipamentos odontológicos utilizados para prestar atendimento em dezembro de 2009:

18. As ações e serviços de saúde bucal no município são organizadas a partir de critério de risco?

19. Quanto ao atendimento ambulatorial realizado em 2009, informe:

- a) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 13-19 anos em 2009:

- b) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos em 2009:
- c) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 20-59 anos em 2009:
- d) Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 20-59 anos em 2009:
- e) Número total de procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na faixa etária acima de 60 anos em 2009:
- f) Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos em 2009:
- g) Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos em 2009:

E - Gestão do Provimento de Atenção Básica: Crianças (0 a 12 anos)

20. Número de Unidades de Saúde que realizavam atividade com grupo de gestantes ou bebês com participação de algum profissional da saúde bucal (ACD, THD ou CD), em 2009:

21. Número de Unidades de Saúde que realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada na 1ª consulta da criança em 2009:

22. Na programação do agendamento da saúde bucal qual percentual de consultas destinadas para criança no agendamento em 2009?

23. Número de US em que o dentista atende crianças de 0-6 anos em 2009:

24. Número de US que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2009:

F - Gestão do Provimento da Atenção Básica: Adolescentes (de 13 a 19 anos)

25. Número de Unidades de Saúde que encaminharam os adolescentes de 13-19 anos de idade atendidos por outros profissionais, para orientação em saúde bucal, no ano de 2009:

26. Quantas Unidades de Saúde incluíram conteúdo de saúde bucal voltado para adolescentes nas atividades de grupos da Unidade de **Saúde ou em escolas da sua área de abrangência** em 2009?

27. Quantas Unidades de Saúde realizaram evidenciação de placa e escovação supervisionada na 1ª consulta na idade de 13-19 anos em 2009?

28. Em quantas Unidades de Saúde os pacientes de 13-19 anos foram agendados com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento, em dezembro de 2009?

G - Gestão do Provimento de Atenção Básica: Adultos (de 20 a 59 anos)

29. Número de Unidades de saúde que possuíam material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal (folder, folhetos, cartazes, painéis, etc.) em 2009:

30. A ficha clínica odontológica possuía campo específico para anotações de exame de mucosa, em dezembro de 2009? () Sim () Não

31. De que forma o município disponibilizou o procedimento de coleta de tecido bucal para biópsia, durante o ano de 2009? Marque as opções abaixo:

() **A - Na atenção básica do município** pelo dentista da Unidade de Saúde ou Estratégia Saúde da Família

() **B - Na atenção secundária (especializada) do município**, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS

() **C - Na atenção secundária (especializada) fora do município**, pelo dentista do Centro de Referência em Odontologia ou outra instituição pública ou conveniada do SUS.

32. Número de Unidades de Saúde no município com atendimento odontológico no **terceiro turno (período noturno)** em dezembro de 2009:

H - Gestão do Provimento de Atenção Básica: Idosos (60 anos e mais)

33. Número Unidades Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na US ou na comunidade em 2009:

34. Quantas Unidades de Saúde realizaram atividades educativo-preventiva em Saúde Bucal e/ou atendimento clínico em visita domiciliar para idosos com impossibilidade de locomoção até a Unidade de Saúde (acamados) no ano de 2009?

35. Quantas Unidades de Saúde possuíam sistema de agendamento preferencial para idosos (60 anos ou mais) em junho de 2009?

ANEXO B - Indicadores**GESTÃO DA SAÚDE BUCAL****1. ATUAÇÃO INTERSETORIAL**

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Relevância	Desenvolvimento de Hábitos Saudáveis	Percentual de escolas públicas com controle de alimento na cantina	<ul style="list-style-type: none"> - Número de escolas públicas que possuem cantina - Número de escolas públicas de pré-escola e ensino fundamental com controle de alimentos comercializados nas cantinas em 2009
Efetividade	Acesso ao flúor	Percentual de domicílios atendidos pela fluoretação.	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de fluoretação da água no município em 2009 - Número de domicílios com acesso a água de abastecimento público no município no ano de 2009 - Número de domicílios atendidos pela fluoretação em 2009

Eficácia	Vigilância do teor de flúor na água de abastecimento	Existência de coleta sistemática (mensal)	- Existência de coleta sistemática (mensal) de amostras da água para vigilância do teor de flúor em 2009
Eficiência	Saúde Bucal na Escola	Percentual de escolas públicas com prática de escovação dental após lanche	- Número de escolas públicas de pré-primário e ensino fundamental em 2009 - Número de escolas públicas de pré-primário e primeiro grau com prática de escovação dental após lanches, no ano de 2009

2. PARTICIPAÇÃO POPULAR

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Relevância	Informação em Saúde	Percentual de Unidades de Saúde que hoje possuem material educativo e/ou informativo em SB	- Número de Unidades de Saúde em 2009 - Número de Unidades de Saúde que disponibilizam material educativo e/ou informativo
Efetividade	Saúde bucal no controle social	Existência de pelo menos uma deliberação	- Existência de pelo menos uma deliberação referente à

		referente à saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente	saúde bucal na Conferência Municipal de Saúde realizada mais recentemente
Eficácia	Saúde Bucal no Conselho Municipal	Presença de representante de saúde bucal na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano anterior.	- Presença de representante da equipe de saúde bucal do município na reunião de discussão e aprovação do relatório de gestão do ano de 2009
Eficiência	Participação na Conferência Estadual de Saúde	Presença de delegados dentistas financiados pelo município na última Conferência Estadual de Saúde	- Presença de delegados dentistas financiados pelo município na última Conferência Estadual de Saúde

3. RECURSOS HUMANOS

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Relevância	Acesso ao dentista	Número de horas Cirurgiões-dentistas/ população total	- Número de horas semanal de dentistas no município.

			- População total
Efetividade	Paralisação do serviço de saúde bucal motivado por falta de recursos humanos	Percentual de Unidades de Saúde em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por falta de profissional do serviço de saúde bucal, no ano.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009. - Número de Unidades de Saúde em que houve interrupção do atendimento por mais de dois dias consecutivos, por falta de profissional do serviço de saúde bucal, no ano de 2009
Eficiência	Presença da Saúde Bucal no PSF	Percentual de equipes de PSF com Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Número de Equipes de Saúde da Família em dezembro de 2009 - Número de Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal em dezembro de 2009
Eficiência	Trabalho em equipe	Proporção auxiliar/Cirurgião-dentista	- Número de Cirurgiões-Dentistas da rede

			municipal em dezembro de 2009 - Número total de profissionais atuavam como auxiliares fixos em odontologia em dezembro de 2009
--	--	--	---

4. INFRA-ESTRUTURA

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Relevância	Acesso a assistência especializada	Existência de referência acessível para a especialidade de endodontia	- Existência acessível de referência para endodontia em 2009
Efetividade	Acesso ao serviço de saúde bucal	Percentual de Unidades de Saúde com atendimento em saúde bucal	- Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde com atendimento em saúde bucal em dezembro de 2009
Eficácia	Adequação da capacidade instalada	Número de equipamentos odontológicos/ Total da população	- Número de equipamentos odontológicos em funcionamento em dezembro de

			2009 - Total da população do município em 2009
Eficiência	Priorização do atendimento a partir de áreas de risco	Utilização de critérios de risco para alocação de ações e serviços de saúde bucal no município	- Organização das ações de saúde bucal segundo critérios de risco

PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL

5. SAÚDE DA CRIANÇA

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Promoção e Prevenção			
Relevância	Controle de Cárie	Percentual de Unidades de Saúde que realizavam atividade com grupo de gestantes ou bebês com profissional de saúde bucal	- Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde que realizavam atividade de grupo de gestantes ou bebês com profissional de saúde bucal em

			dezembro de 2009
Efetividade	Atividades coletivas em saúde bucal	Cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal, no ano.	- Número total de crianças na faixa etária de 0-12 anos em 2009 - Número de procedimentos coletivos em 2009
Eficácia	Prevenção individual	Percentual de Unidades de Saúde com evidência de placa e escovação supervisionada na primeira consulta de criança	- Número de Unidade de Saúde que realizaram evidência de placa e escovação supervisionada como rotina na 1ª consulta da criança em 2009 - Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009.
Diagnóstico e Tratamento			
Relevância	Cobertura de atendimento odontológico	Percentual de consultas destinadas ao agendamento de crianças	- Percentual de consultas destinadas para criança no agendamento para Saúde Bucal em 2009
Efetividade	Odontopediatria	Número de Unidades de Saúde em que o dentista atende	- Número de Unidades de Saúde em que o dentista atende

		crianças de 0-6 anos	crianças de 0-6 anos em 2009
Eficácia	Critério de risco para tratamento	Percentual de Unidades de Saúde que utilizam critério de risco para atendimento de crianças	- Número Unidades de Saúde que utilizou critério de risco para priorizar atendimento às crianças nas escolas de sua área de abrangência em 2009 - Número Unidades de Saúde do município em dezembro de 2009

6. SAÚDE DO ADOLESCENTE

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Promoção e Prevenção			
Relevância	Atuação multiprofissional	Percentual de Unidades de Saúde que encaminham os adolescentes atendidos por outros profissionais para orientação em saúde bucal	- Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde que encaminham os adolescentes atendidos por outros

			profissionais para orientação em saúde bucal
Efetividade	Educação em saúde bucal	Porcentagem de Unidades de Saúde que desenvolvem atividades educativas em saúde bucal para adolescentes	<p>- Número de Unidades de Saúde que incluíram conteúdo de saúde bucal voltado para adolescentes nas atividades de grupos da Unidade de Saúde ou em escolas da sua área de abrangência em 2009</p> <p>- Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009</p>
Eficácia	Prevenção individual	Número de Unidades de Saúde que realizaram evidencição de placa e escovação supervisionada na 1ª consulta na idade de 13-19 anos	<p>- Número de Unidades de Saúde que realizaram evidencição de placa e escovação supervisionada na 1ª consulta na idade de 13 a 19 anos em 2009</p> <p>- Total de Unidades de</p>

			Saúde no município em dezembro de 2009
Diagnóstico e Tratamento			
Relevância	Vínculo profissional/paciente	Percentual Unidades de Saúde em que o paciente é agendado com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde em que os pacientes são agendados com o mesmo profissional do início ao fim do tratamento
Efetividade	Tratamento conservador	Percentual de exodontias de dentes permanentes realizados na faixa etária de 13-19 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 13-19 anos em 2009 - Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 13-19 anos em 2009
Eficácia	Acesso a tratamento	Percentual de procedimentos na faixa etária de 13-19 anos	- Número total de procedimentos individuais na faixa etária de

			13-19 anos em 2009
			- Número total de procedimentos

7. SAÚDE DO ADULTO

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Promoção e Prevenção			
Relevância	Acesso à informação sobre câncer bucal	Percentual de Unidades de Saúde que hoje possuem material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal	- Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde que possuem material educativo e/ou informativo sobre câncer bucal
Efetividade	Diagnóstico de lesões de mucosa	- Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, durante o ano.	- Existência de campo específico na ficha clínica para exame de mucosa, em 2009
Eficácia	Diagnóstico precoce do câncer bucal	Disponibilidade de procedimentos de coleta de	- Disponibilidade de procedimentos

		tecido bucal para biopsia	de coleta de tecido bucal para biopsia no ano de 2009
Diagnóstico e Tratamento			
Relevância	Saúde do trabalhador	Percentual de Unidades de Saúde com serviço de saúde bucal no 3º turno	- Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde com serviço de saúde bucal no 3º turno, em dezembro de 2009
Efetividade	Tratamento conservador	Número total de exodontias de dentes permanentes/ Número total de procedimentos individuais no ano, na faixa etária de 20-59 anos	- Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária de 20-59 anos em 2009 - Número total de procedimentos individuais na faixa etária de 20-59 anos em 2009
Eficácia	Acesso a tratamento	Percentual de procedimentos na idade de 20-59 anos	- Número de procedimentos na faixa etária 20-59 anos em 2009 - Número total de procedimentos em 2009

8. SAÚDE DO IDOSO

CRITÉRIO	INDICADOR	MEDIDA	VARIÁVEIS
Promoção e Prevenção			
Relevância	Atenção em saúde bucal para grupos de idosos	Percentual de Unidades de Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na Unidade de Saúde ou na comunidade em 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Total de Unidades de Saúde municipal em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde que executou atividades de saúde bucal nos grupos de idosos na Unidade de Saúde ou na comunidade em 2009
Efetividade	Atenção em saúde bucal para idosos com limitação incapacitante	Porcentagem de Unidades de Saúde que realizou ações de saúde bucal em visita domiciliar para idosos com limitação incapacitante	<ul style="list-style-type: none"> - Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde que realizou atividades educativo-preventiva e/ou atendimento clínico na visita domiciliar para idosos acamados em 2009
Eficácia	Atendimento	Cobertura de	- Número total de

	protético	procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária	procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na faixa etária acima de 60 anos em 2009 - Número total de idosos na faixa etária acima de 60 anos em 2009
Diagnóstico e Tratamento			
Relevância	Atendimento Preferencial	Percentual de Unidades de Saúde em que os idosos são atendidos preferencialmente	- Número de Unidades de Saúde em dezembro de 2009 - Número de Unidades de Saúde que realizaram atendimento preferencial para idosos em 2009
Efetividade	Tratamento conservador	Percentual de exodontias de dentes permanentes no ano, na faixa etária de 60 anos ou mais	- Número total de exodontias de dentes permanentes na faixa etária acima de 60 anos em 2009 - Número total de procedimentos individuais na faixa etária acima de 60 anos em 2009
Eficácia	Acesso a	Percentual de	- Número de

	tratamento	procedimentos na faixa etária acima de 60 anos	procedimentos na faixa etária acima de 60 anos em 2009 - Total de procedimentos em 2009
--	------------	--	---